FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 27 Avril 1904 à 1 heure.

PAR

Prosper AGÉON
Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Complications Bucco-Pharyngées

DE LA ROUGEOLE

Chez les enfants

Pésident : M. DEJERINE, *professeur.*
Juges : M. GAUCHER, *professeur.*
MM. LANGLOIS, BEZANÇON, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DÉJERINE

Médecin de la Salpêtrière.
Chevalier de la Légion d'honneur.

M. le professeur Déjerine nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde reconnaissance.

Nous tenons à remercier notre maître, M. Variot, médecin des hôpitaux, pour la sympathie qu'il nous a maintes fois manifestée. C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail. Nous sommes heureux de pouvoir lui dire le plaisir que nous avons eu à suivre son enseignement pendant notre dernière année d'externat, et le souvenir reconnaissant que nous en garderons.

M. le Dr Lemarc'Hadour ne nous a pas ménagé ses instants. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde gratitude.

M. le Dr Bruder, enfin, nous a témoigné sa sympathie par de nombreux conseils. Nous le remercions sincèrement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

COMPLICATIONS BUCCO-PHARYNGÉES

DE LA ROUGEOLE

Chez les enfants

INTRODUCTION

Pendant notre séjour dans le service de notre maître, le Dr Variot, à l'hôpital des Enfants-Malades, nous avons eu l'occasion d'observer un nombre considérable d'enfants atteints de rougeole. Ce vaste champ d'études nous a permis d'établir une statistique assez sérieuse des différentes complications bucco-pharyngées de cette fièvre éruptive, et le but unique que nous nous sommes proposé en entreprenant ce travail a été de faire ressortir les rapports

entre ces complications et les symptômes de l'affection morbilleuse et auquel de ces symptômes en incombe la responsabilité.

Déjà en 1868 (1) Lasègue s'exprimait ainsi :

« Chez plusieurs enfants, au cours de l'épidémie de rougeole de 1865, l'éruption buccale fut à peu près la seule manifestation éruptive que j'eusse à constater, bien qu'il n'y eut aucun doute possible sur la nature de la maladie ; il n'existait certainement pas au-delà de quatre à cinq taches sur le visage et le reste du corps était intact ; mais le coryza, les éternuements, le larmoiement, la bronchite, avaient des proportions presque exceptionnelles ».

L'on peut donc dire, sous une forme qui paraîtra peut-être paradoxale mais que les faits cliniques montrent être l'expression de la vérité, que l'éruption de la rougeole, comme l'érythème scarlatiniforme, sont des symptômes de second plan. La scarlatine est tout entière dans l'angine qui, non seulement la domine par sa gravité et son influence sur les autres symptômes morbides, mais peut en être le symptôme unique et constituer à elle seule la scarlatine. Nous connaissons, en effet, des cas qui ne sont pas rares, où le clinicien le plus avisé ne peut faire que le diagnostic rétrospectif, après avoir constaté une angine de début et longtemps après une desquamation révélatrice qui lui permet de poser le diagnostic de scarlatine. La rougeole de même est tout

1. Lasègue. *Traité des angines.*

entière dans le catarrhe oculo-nasal du début. Il est des cas, comme ceux que décrit Lasègue, où l'éruption, à peine marquée, doit être laborieusement et péniblement déchiffrée comme une inscription effacée sur un monument du passé.

Cette infection du rhino-pharynx nous a paru jouer un tel rôle par sa fréquence, son intensité et sa persistance, que nous la retrouverons presque toujours au premier plan au cours de notre étude sur les angines, les stomatites et les otites suppurées de la rougeole.

CHAPITRE I

ANGINES

Sanné (1) cite l'angine comme une complication fort rare de cette fièvre éruptive. Un examen minutieux de la gorge des rougeoleux du service nous a permis de constater une fréquence relativement considérable de l'angine, qu'il s'agisse d'angine érythémateuse légère ou intense, d'angine pultacée ou d'angine pseudo-membraneuse non diphtérique. Le pourcentage en 1903 a été de 23 o/o. Sur 601 rougeoleux en effet :

115 ont eu une angine érythémateuse :

10 ont eu une angine pultacée ;

5 ont eu une angine pseudo-membraneuse non diphtérique.

Aucun cas d'angine gangréneuse n'est mentionné, et nous signalons ce fait d'autant plus volontiers que, à l'heure actuelle, malgré les précautions pri-

1. *Dictionnaire Dechambre*, Sanné : article *Rougeole*.

ses, malgré l'excellente installation du pavillon, malgré l'absence d'encombrement, nous avons pu encore assez fréquemment observer les tendances nécrotiques de la rougeole. Chez plusieurs enfants nous avons vu des pertes de substance profondes du cuir chevelu dues à la gangrène. Chez d'autres le sphacèle a touché la vulve, le pourtour de l'anus, la peau du cou.

Deux fois seulement nous avons noté une angine diphtérique secondaire, complication très redoutable de la rougeole surtout dans les hôpitaux. Leur description ne nous a paru d'aucune utilité pour atteindre le but que nous nous sommes proposé dans cette étude ; aussi ne faisons-nous que les citer.

Angines érythémateuses.

« Plus j'ai examiné les choses de près, dit Lasègue (1), plus j'ai été convaincu que, comme la scarlatine, la rougeole commence par la gorge avant de s'étendre à la peau ». Ce grand clinicien va même plus loin et, se basant sur les caractères de l'angine morbilleuse, il arrive à établir un diagnostic différentiel entre la scarlatine et la rougeole, diagnostic dont voici, résumés, les principaux facteurs. Tantôt c'est une rougeur inégalement répartie, dit-il, avec sécheresse de la paroi visible du pharynx. Les piliers antérieurs et le voile du palais sont à peine plus

1. Lasègue : *Traité des angines.*

colorés. Les piliers postérieurs au contraire sont d'un rouge ardent.

Sous ce rapport, la rougeole diffèrerait donc de la scarlatine qui épargne habituellement le pharynx et elle se rapprocherait au contraire des angines catarrhales aiguës ou chroniques, destinées à se propager au nez et au larynx et qui occupent aussi la paroi pharyngée postérieure. Tantôt enfin c'est une rougeur d'une teinte si cramoisie que c'est un motif de plus d'incertitude pour le médecin qui hésite à diagnostiquer une rougeole ou une scarlatine.

Même dans ce cas, dit Lasègue, le plancher postérieur du pharynx est de beaucoup plus affecté que l'isthme du gosier, et c'est un caractère distinctif qu'on ne doit pas négliger.

La description de Lasègue, pour ce qui est de l'examen objectif clinique, est excellente comme toutes celles de ce remarquable observateur. Nous n'avons qu'une chose à y reprendre, c'est que cette pharyngite postérieure qu'il décrit si bien est non point la cause du catarrhe oculo-nasal comme il semble l'indiquer, mais la conséquence de l'infection naso-pharyngienne, fait essentiel de la rougeole.

Chez tous nos petits angineux l'examen de la gorge nous décela chez les uns une muqueuse pharyngienne sèche, luisante ou veloutée ; chez les autres une rougeur diffuse de cette muqueuse perdant de son intensité sur les amygdales et les piliers antérieurs. Dans les cas les plus intenses, une sécrétion visqueuse couvrait le pharynx et se mélangeait au pus

provenant de l'arrière-cavité des fosses nasales, les piliers postérieurs, les amygdales apparaissant plus ou moins tuméfiés, tandis que la langue était blanche au centre, étalée, pâteuse, lente à se mouvoir.

En général la muqueuse du pharynx ne reprenait sa couleur normale que le surlendemain au plus tôt de l'apparition de l'exanthème, mais pas une seule fois nous n'avons vu l'angine érythémateuse persister au-delà de cinq jours.

Les symptômes subjectifs n'ont jamais rien présenté de particulier. Un enfant pouvait-il traduire ses sensations, il se plaignait outre le malaise général, d'empâtement de la bouche, d'un peu de sécheresse et de chaleur de l'arrière-gorge, et encore n'en parlait-il le plus souvent que si on l'interrogeait.

Comme toutes ces angines érythémateuses ont été constatées dès l'entrée des petits malades au pavillon, c'est-à-dire en concomitance avec les autres symptômes de la période d'invasion de la rougeole, nous ne saurions en indiquer l'influence sur le cycle thermique.

L'adénite sous-maxillaire, toujours recherchée avec soin, n'a été trouvée que rarement, tandis que le professeur Dieulafoy (1) la note comme assez fréquente :

« J'ai souvent, dit-il, constaté une adénite sous-maxillaire qu'on pourrait, à mon sens, ranger parmi les symptômes d'invasion de la rougeole et qui, par

1. Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne.*

conséquent, n'est pas absolument spéciale à la rubéole ».

En revanche, nous avons toujours constaté chez nos malades atteints d'angine érythémateuse un catarrhe oculo-nasal assez marqué et un parallélisme certain entre l'intensité de ce catarrhe et l'intensité de l'angine.

« La rougeole, a dit Lasègue, se rapproche des angines catarrhales aiguës ou chroniques destinées à se propager au nez et au larynx ».

Cette propagation au larynx, nous l'avons notée 12 fois chez les enfants atteints d'angine érythémateuse.

« L'enfant est aphone, la toux d'abord rauque s'éteint (1). De véritables accès de suffocation avec cornage, sifflement laryngé, tirage, cyanose, surviennent. Si vous regardez la gorge vous verrez qu'elle est rouge, mais absolument dépourvue de fausses membranes ; il ne s'agit pas en général d'un croup diphtérique, malgré les analogies cliniques. Néanmoins, il est prudent de pratiquer une injection de sérum antidiphtérique, car la diphtérie secondaire à la rougeole peut être latente, anormale. Le plus souvent ces laryngites cèdent au bout de quelques jours, sous l'influence des antispasmodiques, des inhalations de vapeur d'eau. Cependant il y a des laryngites aiguës morbilleuses qui, à cause du spasme de la

1. Variot : *Gazette des hôpitaux* du jeudi 14 janvier 1904 : *Diagnostic et pronostic de la rougeole chez les enfants.*

glotte qu'elles provoquent et des accidents broncho-pulmonaires, peuvent nécessiter une intervention opératoire ».

Cette nécessité ne s'est présentée pour aucune des 12 laryngites relevées. Enfin, en dépouillant nos observations, nous avons remarqué que la plupart des angineux, 33 sur 115, offraient à l'examen de la gorge de volumineuses amygdales, le plus souvent à peine plus colorées que normalement ou légèrement tuméfiées. Toutefois, si cette proportion considérable indique nettement, semble-t-il, l'influence de ces grosses amygdales sur l'apparition de l'angine, nous devons ajouter que l'angine agit manifestement sur les amygdales. Celles-ci, en effet, augmentent fréquemment de volume et restent souvent tuméfiées et irritables.

Angines pultacées.

Cette complication ne présente en général aucune gravité. En concomitance avec une rougeur plus ou moins prononcée, il existe un enduit tantôt opalescent ou faiblement blanchâtre, tantôt nettement blanchâtre ou grisâtre, semblant se localiser essentiellement sur les deux amygdales ou sur l'une seulement.

Les piliers nous ont paru toujours respectés par cet enduit, et il n'y a que peu ou pas de réaction ganglionnaire. La durée est de cinq à huit jours,

après quoi tout rentre dans l'ordre. L'angine pultacée est-elle intense, tandis que le pharynx et les piliers postérieurs sont rouges, l'une ou les deux amygdales peuvent se trouver recouvertes d'un enduit blanchâtre qui au premier examen fait songer parfois à une fausse membrane.

La langue est généralement sale, l'haleine fétide, l'angine pultacée s'accompagnant parfois dans ces cas d'un état gastrique assez prononcé. Non adhérent, l'exsudat se détache facilement avec un simple pinceau et se dissout dans l'eau à l'encontre de la fausse membrane.

D'ailleurs, un examen attentif montre aisément que cet exsudat a pour point de départ et pour siége essentiel les cryptes de l'amygdale, et que la muqueuse sous cet enduit caséeux est rouge, enflammée, mais jamais ulcérée.

Notre statistique indique 10 angines pultacées. L'examen bactériologique, pratiqué dans chaque cas, et toujours négatif quant au Lœffler, ne décela généralement que des cocci. L'une de ces angines ne fit son apparition que le dixième jour après l'entrée du malade ; mais, chez ce sujet, le catarrhe oculo-nasal fut d'une intensité et d'une persistance toutes particulières.

OBSERVATION

Suzanne C..., âgée de 3 ans, entre au pavillon le 3 août 1903.

Née à terme, élevée au sein maternel pendant 14 mois, elle eut la coqueluche à l'âge de 7 mois. Ses antécédents héréditaires et collatéraux n'offrent rien de particulier.

A son entrée on note :

Température : 40°.

Eruption normale.

Catarrhe oculo-nasal abondant.

Gorge : rien.

Poumons : auscultation négative.

5 août. — L'éruption s'efface.

La gorge est intacte.

L'auscultation ne décèle aucun râle aux poumons.

Le catarrhe oculo-nasal est toujours abondant.

8 août. — L'éruption est presque complétement effacée.

La gorge ne présente rien de particulier.

Le catarrhe persiste, quoique moins abondant.

Poumon : rien.

13 août. — L'éruption a complétement disparu.

L'auscultation du poumon est négative.

L'enfant est en pleine période de convalescence depuis quelques jours, et l'on ne note qu'une légère persistance du catarrhe oculo-nasal, lorsque le soir la température atteint 38° 5.

Pas de complication gastro-intestinale.

14 août. — On note :

Gorge rouge avec léger enduit pultacé sur l'amygdale gauche.

En quatre jours, la température retombe à la normale et la gorge redevient intacte.

Ainsi dans cette observation, où l'éruption d'ailleurs est notée comme ordinaire, ce qui domine c'est le catarrhe oculo-nasal. Dans les 9 autres observations, qui ne diffèrent de celle-ci que par une apparition plus précoce de l'angine pultacée, si d'une part nous y lisons, éruption peu prononcée, peu confluente, nous y retrouvons d'autre part le même parallélisme entre l'intensité de l'angine, et l'intensité du catarrhe oculo-nasal mentionné au cours des angines érythémateuses.

Ces angines pultacées furent en somme d'assez courte durée et sans gravité. L'un de nos malades mourut, mais il avait une broncho-pneumonie.

Angines pseudo-membraneuses non diphtériques.

A côté de ces formes bénignes, les angines pseudo-membraneuses non diphtériques graves doivent avoir une place prépondérante.

« L'unité de la diphtérie a été plus souvent acceptée que contestée. Il est toujours séduisant d'avoir à son service un nom qui s'applique à des états analogues et qui dispense d'un plus profond

examen. Mon sentiment est que la diphtérie caractérisée par une fausse membrane résistante et plus ou moins envahissante, doit représenter tout au plus, dans la vague nomenclature de la nosologie, un genre qu'il est indispensable de décomposer en espèce et que plus on établira de divisions et de subdivisions justifiées, plus on rendra de services à la clinique (1) ».

Donc, en 1868, malgré les efforts de Bretonneau, malgré ses recherches et ses travaux, Lasègue sentait bien que sous la même étiquette de diphtérie, on rangeait des formes cliniques bien différentes, et qui n'avaient absolument de commun que la présence d'une fausse membrane.

Il existe, en effet, des angines à fausses membranes dues aux agents les plus divers, et le diagnostic de l'angine pseudo-membraneuse secondaire avec la diphtérie présente de réelles difficultés que l'on arrive à surmonter grâce aux travaux de Lœffler, à la bactériologie et au microscope.

En 1883, Klebs aperçoit le bacille de la diphtérie dans les fausses membranes. Lœffler, l'année suivante, réussit à isoler ce bacille et à le cultiver sur sérum. Sur les muqueuses excoriées du pigeon, de la poule, du lapin et du cobaye, il provoque par les inoculations des fausses membranes identiques à celles de la diphtérie. Le bacille de Lœffler dont la spécificité a été si remarquablement démontrée et étudiée, marque

1. Lasègue. *Traité des angines.*

donc d'un cachet d'authenticité absolue la diphtérie vraie. Aussi en présence d'une angine à fausses membranes faut-il pratiquer l'examen bactériologique, examen comportant « une préparation extemporanée par frottis qui permettra, grâce à la méthode de Gram, de déceler le bacille de Lœffler, petit, moyen ou long, selon sa formule morphologique, et une culture qui renseignera sur sa virulence (1) ». Il en fut fait ainsi pour nos rougeoleux et toujours l'examen bactériologique fut négatif.

En 1902, le Dr Simonin (2), à propos de la symbiose fuso-spirillaire, faisait remarquer qu'une ulcération banale, une affection quelconque de l'amygdale, peuvent servir de prétexte à l'entrée en scène du bacille fusiforme et du spirochète, et que les saprophytes, grâce à cette préparation du terrain, cultivent, prennent une vitalité et une virulence qui en font des agents d'infection capable de créer une angine à fausses membranes.

Nous avons vu plus haut, qu'elle était l'influence de la rougeole sur les amygdales. Or, en aucun cas l'examen bactériologique ne nous a permis de déceler la présence du bacille fusiforme et du spirochète.

L'angine herpétique qui, comme l'a dit Lermoyez (3), n'est pas une affection spécifique, mais un mode de

1. Bellan. Thèse de Paris, année scolaire 1901-1902. *Angines pseudo-membraneuses secondaires de la syphilis.*

2. Simonin. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 20 mars 1902.

3. Lermoyez. *Semaine médicale*, 1894.

réaction de la gorge contre divers microbes, peut devenir pseudo-membraneuse. L'un de nos malades eut deux vésicules d'herpès, l'une sur l'amygdale gauche, l'autre à l'extrémité de la luette. Ces vésicules laissèrent après elles de petites érosions qui se couvrirent de fausses membranes. On sait que la flore microbienne de ces fausses membranes est très diverse. On y trouve du pneumocoque, du staphylocoque blanc, des streptocoques (Escat (1) ; enfin parfois du Lœffler (Dieulafoy, Martin). Chez notre malade le pneumocoque fut noté.

Au point de vue symptomatologique, les enfants atteints d'angine pseudo-membraneuse n'ont présenté à aucun moment ce teint pâle, presque blanc, plombé, terreux, ces yeux excavés et cernés, ces paupières violacées et cette prostration considérable, qui sont le propre du petit diphtérique. L'état général ne fut jamais si profondément touché que dans la diphtérie. En voici une observation typique.

OBSERVATION

Antonine C..., âgée de 5 ans 1/2, entre dans le service le 5 mai 1903. Née à terme, élevée au sein maternel, ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier.

A son entrée on note :

1. Escat. *Maladie du pharynx.*

Température 40°,2.

Eruption peu accentuée.

Catarrhe oculo-nasal intense.

Gorge rouge sans gonflement.

Poumons : rien.

Injection préventive de sérum antidiphtérique.

8 mai. — Le catarrhe persiste un peu moins abondant.

Gorge rouge. Traînées jaunâtres peu adhérentes sur les deux amygdales.

Pas de ganglions.

Examen microscopique : cocci diplocoques, staphylocoques.

Eschare au flanc droit.

11 mai. — Rougeur diffuse du pharynx.

Confluence des traînées pseudo-membraneuses.

L'état général est un peu moins bon.

12 mai. — Fausses membranes adhérentes sur les deux amygdales

Injection de sérum anti-diphtérique.

14 mai. — Les amygdales sont un peu détergées. Rougeur sombre de la voûte et du pharynx. Etat général meilleur.

15 mai. — Gorge très rouge mais plus de fausses membranes.

Peu à peu tout rentre dans l'ordre et la malade sort complétement guérie le 31 mai.

Comme nous le montre cette observation, la durée de ces angines fut plus longue que celle des deux groupes précédents. Moins bénignes que les angines pultacées, les pseudo-membranes, malgré tout, ne

nous ont pas semblé présenter une gravité bien considérable.

Deux de nos malades ont succombé, mais l'un de ces décès survint à la suite d'abcès multiples des différentes parties du corps, alors que la gorge était redevenue normale, l'autre le jour même de l'apparition des fausses membranes, mais l'enfant avait une broncho-pneumonie. Chez quatre de nos petits rougeoleux, les fausses membranes se montrèrent assez tardivement, et dans deux cas ne furent même pas précédées d'angine érythémateuse. Par contre, et la dernière observation citée en est un exemple, nous avons toujours remarqué la persistance du catarrhe oculo-nasal, noté comme très intense à l'entrée des rougeoleux dans le service.

Au début de ce chapitre nous avons vu que la rougeur du pharynx au cours des angines érythémateuses atteignait avec peine les amygdales et les piliers antérieurs. Or, notre étude sur les stomatites va nous permettre de constater que la plupart d'entre elles, si elles coïncident peu souvent avec une angine, sont toujours en rapport avec le catarrhe oculo-nasal assez marqué ou intense.

Toutefois avant de décrire les stomatites, il nous a paru intéressant de consacrer quelques mots aux injections préventives de sérum antidiphtérique chez les rougeoleux. Jusqu'au 1er juin 1903, notre maître le docteur Variot fit faire à tous les malades et dès leur entrée des injections préventives. C'est à la

suite d'un accident mortel (1), survenu consécutivement à l'une de ces injections, pratiquée d'ailleurs avec tous les soins d'asepsie et d'antisepsie nécessaires, qu'il renonça à ces mesures prophylaxiques. Dès lors l'examen de la gorge fut encore plus soigneusement pratiqué chaque jour pour intervenir au moindre cas suspect. Or, depuis le 1er juin on ne vit aucun cas de diphtérie au pavillon de la rougeole, bien que plus de 350 enfants s'y soient présentés jusqu'à la fin de décembre.

« Chez le 1/3 environ de nos rougeoleux qui avaient subi, au commencement de l'année 1903, des injections préventives de sérum, j'ai remarqué qu'au moment de quitter le pavillon complétement guéris, ils présentaient une hyperthermie plus ou moins durable en connexion avec l'érythème sérique (2) ». Ces accidents retardaient la sortie des enfants, prolongeaient leur convalescence et auraient pu contribuer ainsi à l'encombrement du service. Il est vrai de dire cependant que cette pratique ne put porter ses fruits que grâce à un examen quotidien et des plus minutieux de la gorge, et à l'installation parfaite du pavillon où existent plusieurs salles d'isolement.

1. Variot. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4 juin 1903.

2. Variot. *Gazette des hôpitaux*, 14 janvier 1904.

CHAPITRE II

STOMATITES

Si le staphylocoque, le streptocoque et le pneumocoque, hôtes habituels de la bouche, devenant pathogènes à l'occasion de la rougeole, peuvent donner lieu à des angines diverses ou encore infecter la caisse par la trompe d'Eustache, ils sont capables aussi de s'attaquer à la muqueuse buccale.

Du 15 mai au 31 décembre 1903, il nous a été donné d'observer 15 stomatites. Les unes au nombre de neuf furent des stomatites diphtéroïdes impétigineuses de Sevestre, avec leurs ulcérations arrondies ou ovalaires, opalines, douloureuses, et saignantes, à la face interne des lèvres ou de leurs commissures ; les autres des stomatites érythémato-pultacées dont deux avec le signe de Koplick. Un examen attentif de la bouche de tous nos malades ne nous a permis de noter ce signe que peu fréquemment et de ce fait, la valeur qu'on lui a accordée parfois ne nous semble pas entièrement méritée. Le Koplick quand il existe, consiste dans l'apparition sur la muqueuse buccale, prin-

cipalement sur la face interne des joues, de petites efflorescences d'un blanc bleuâtre, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entourées d'une aréole inflammatoire « Ces petites taches surélevées résistent au frottement mais se laissent enlever à la pince (1) ».

Apparaissant dès le premier ou le deuxième jour de la maladie elles permetteraient de faire le diagnostic avant l'éruption et disparaîtraient avec celle-ci.

Stomatites érythémato-pultacées.

Très bénigne, la stomatite érythémato-pultacée nous a paru évoluer en peu de jours, cinq au plus et sa symptomatologie peu bruyante n'offre rien de bien remarquable. La langue est blanche et saburrale, allongée, rouge sur les bords où les papilles sont gonflées et saillantes ; la muqueuse buccale et les gencives sont rouges, avec çà et là des plaques épithéliales pultacées. La stomatite érythémato-pultacée ne serait en somme qu'une manifestation plus intense du catarrhe sur la muqueuse buccale.

Au cours de notre étude sur les angines nous avons vu que la paroi postérieure du pharynx n'était point, comme l'avait cru Lasègue, le point de départ du catarrhe des muqueuses nasales oculaires et

1. Guinon, *Traité de médecine*. Charcot, Bouchard, Brissaud.

buccales, et les quelques observations de stomatite érythémato-pultacée que nous avons relevées en sont une nouvelle preuve. Si dans deux d'entre elles, il a été noté un peu de rougeur du pharynx, nous y trouvons nettement indiqué un catarrhe oculo-nasal intense et dans un cas même de la conjonctivite.

OBSERVATION

Marcel C..., âgé de 21 mois, entre au pavillon le 14 décembre.

Né à terme, élevé au sein maternel, ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien d'intéressant.

A son entrée, on note :

Température : 39°5.

Eruption normale.

Catarrhe oculo-nasal très marqué depuis quatre jours déjà (interrogatoire de la mère).

Conjonctivite.

Gorge un peu rouge.

Légère stomatite érythémato-pultacée.

21 décembre. — Persistance du catarrhe mais à un moindre degré.

Gorge rien.

Eruption disparue.

Plus de stomatite érythémato-pultacée.

Convalescence normale.

Enfin, l'examen le plus minutieux nous a toujours fait constater une gorge intacte chez les autres malades au nombre de quatre. En revanche, le catarrhe oculo-nasal n'a jamais fait défaut, assez accentué chez les uns, intense chez les autres, et s'accompagnant même de conjonctivite dans un cas. Le parallélisme que nous avions indiqué entre les angines morbilleuses et l'infection primitive, essentielle du rhinopharynx, nous le retrouvons donc manifestement ici et nous allons voir qu'il en est de même des stomatites diphtéroïdes impétigineuses ou ulcéro-membraneuses.

Stomatites ulcéro-membraneuses.

D'après Sanné (1), la stomatite ulcéro-membraneuse débuterait rarement dans les premiers temps de la rougeole, mais appartiendrait principalement à la fin de la maladie et à la convalescence.

D'autre part Guinon (2) ne dit-il pas : « les ulcérations apparaissent pendant la période d'éruption, elles occupent la face postérieure des lèvres, surtout l'inférieure, un peu leur bord libre et les commissures. Elles sont arrondies ou ovalaires, allongées parallèlement au bord libre, quelquefois se réunis-

1. *Dictionnaire Dechambre.* Sanné article « Rougeole ».
2. Guinon *Traité de médecine.* Charcot–Bouchard-Brissaud.

sent en une bande unique (phagédenisme de Bergeron) » que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer. Or, 8 fois sur 9, nous l'avons vu débuter en pleine période d'invasion de la rougeole. Dans le neuvième cas elle fit son apparition le huitième jour après l'entrée du malade chez lequel le catarrhe oculo-nasal offrit une persistance toute particulière.

Douloureuses, saignantes et recouvertes de croûtes de sang coagulé, ou de surface lisse, grise, opaline, les ulcérations de la stomatite ulcéro-membraneuse rendent parfois l'alimentation pénible par leur nombre, la douleur et le saignement provoqué par l'ingestion des aliments. Sur les commissures des lèvres, ces ulcérations peuvent prendre l'aspect de fissures profondes, mais partout ailleurs elles sont très superficielles, ne s'étendent jamais en profondeur et l'engorgement ganglionnaire quand il existe est peu considérable. Leur surface lisse, grise, humide, opaline, est recouverte d'un exsudat mou et adhérent. Le moindre contact les rend saignantes et dans les régions exposées à l'air, il en résulte la formation de croûtes noirâtres, de fissures extrêmement douloureuses rappelant quelque peu la Perlèche. La perlèche ou bridon « maladie contagieuse, infectieuse (1) » se rencontre surtout chez les enfants.

Elle est caractérisée par une exulcération siégeant au niveau de la commissure des lèvres. Sujette à

1. Garnier et Delamare. *Dictionnaire des termes techniques de médecine.*

récidive, elle est bilatérale et évolue en deux ou trois semaines tandis que dans la stomatite ulcéro-membraneuse, les ulcérations ne siègent pas nécessairement aux deux commissures et n'ont pas une aussi longue durée.

Ces stomatites sont infectieuses et relèvent de microbes, streptocoques, staphylocoques, etc., hôtes normaux de la bouche, dont la virulence augmente à l'occasion de la rougeole. Sevestre et Gaston ont presque toujours trouvé prédominant le staphylocoque doré. « Plusieurs fois, dit Grancher (1), j'y ai vu un court bâtonnet assez semblable au bacille diphtérique, mais facile à différencier par les cultures et l'inoculation ». Pour nos malades, l'examen bactériologique n'a malheureusement pas été pratiqué et nous ne saurions dire quel est le microbe que l'on rencontre le plus fréquemment dans la stomatite ulcéro-membraneuse.

Au cours de ces stomatites, il nous est arrivé d'observer un aspect particulier de la langue, cité d'ailleurs par le professeur Dieulafoy, et consistant en une desquamation de la muqueuse linguale rappelant la surface d'une fraise ou d'une framboise comme dans la scarlatine. C'est une porte de plus ouverte aux infections secondaires et jamais, en effet, nous n'avons remarqué cet aspect de la langue dans les stomatites érythémato-pultacées d'une durée bien moins considérable que les ulcéro-membraneuses.

1. Grancher. *Traité de médecine*. Gilbert-Brouardel.

Ce qui fait l'intérêt de nos observations, c'est que nous y trouvons le catarrhe oculo-nasal toujours soigneusement noté, parfois comme assez accentué, souvent comme intense et s'accompagnant même de conjonctivite dans quatre cas.

OBSERVATION

Eugénie F..., âgée de 2 ans, entre au pavillon le 7 octobre.

A son entrée, on note :

Température : 40°5.

Eruption normale.

Catarrhe oculo-nasal intense.

Gorge, rien.

Broncho-pneumonie.

Stomatite ; les lèvres s'exulcèrent, saignent facilement. A l'extrémité de la luette exactement on constate également la présence d'une ulcération jaunâtre.

10 octobre. — La broncho-pneumonie persiste.

Gorge intacte.

L'éruption s'efface.

Le catarrhe oculo-nasal persiste encore assez abondant.

Les lèvres sont toujours ulcérées et saignantes, tandis que l'ulcération de la luette gagne toujours en profondeur, si bien que la luette semblerait avoir été légèrement sectionnée.

13 octobre. — Les lèvres sont toujours saignantes l'ulcération de la luette jaunâtre persiste.

14 octobre. — L'ulcération de l'extrémité de la luette creuse de plus en plus. Toujours broncho-pneumonie.

16 octobre. — Amélioration notable de la stomatite.

30 octobre. — L'ulcération de la luette s'améliore de plus en plus. La stomatite est moins considérable. Cependant on constate une ulcération au niveau de la commissure gauche des lèvres très douloureuse.

23 octobre. — Toujours amélioration de la stomatite, tandis que la broncho-pneumonie évolue vers la mort : 9 novembre.

Ainsi donc, nos stomatites ulcéro-membraneuses surviennent chez des malades dont la gorge n'a pas été touchée au cours de la fièvre éruptive. C'est à peine, en effet, si dans quatre cas seulement nous trouvons noté : gorge un peu rouge. En revanche l'infection rhino-pharyngée ne fit jamais défaut et se manifesta le plus souvent avec une assez grande intensité. Nous ne saurions donc considérer les stomatites comme une extension de l'angine morbilleuse. La coexistence et son parallélisme avec l'infection du rhino-pharynx nous permet de la considérer plutôt comme une exagération du processus catarrhal avec toutes ses conséquences sur la muqueuse buccale.

Enfin avant d'aborder l'étude des otites, il nous semble intéressant de rappeler que grâce aux nombreuses améliorations introduites dans l'installation des services de rougeoleux, nous n'avons vu aucun cas de stomatite gangréneuse ou norma, fréquente autrefois, et conséquence d'une hygiène nosocomiale défectueuse.

CHAPITRE III

OTITES

Dans les livres de spécialité, l'otite de la rougeole comme celle de la scarlatine est surtout connue en ses formes graves, largement destructives. C'est longtemps après la guérison de la rougeole que les enfants sont conduits au spécialiste parce que l'oreille continue à couler.

Aussi ce dernier ne connaît-il que les otites passées à la chronicité, que celles qui, selon l'expression employée par les docteurs Variot et Lemarc'Hadour (1) pour les otites de la scarlatine, permettent de lire la fièvre éruptive au fond du conduit. Il est certain que les formes graves de l'otite rubéolique ou scarlatineuse, sont immédiatement superposables. Dans ces

1. Variot et Lemarc'Hadour : *Nouvelles recherches cliniques sur le processus des angines de la scarlatine chez les enfants et sur ses irradiations* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* du 8 mai 1902).

deux affections, il est possible de rencontrer ces oreilles indéfiniment suppurantes où le tympan a été largement détruit, les osselets exfoliés et la muqueuse de la caisse chroniquement infectée et bourgeonnante. Mais ce n'est point là le sujet de notre étude. Ce que nous avons tenté de faire, c'est d'exposer les rapports de l'otite de la rougeole avec les autres éléments de cette affection, de dégager auquel de ses symptômes revient la responsabilité de l'infection de l'oreille. Pour ce travail, nous utiliserons les recherches faites sous les auspices de notre maître, le docteur Variot, par les docteurs Lemarc'Hadour et Bruder.

Cordier (1) a consacré sa thèse inaugurale à l'otite de la rougeole. Sur un nombre assez considérable d'enfants, il ne vit l'otite s'accompagner de perforation spontanée du tympan que chez deux malades âgés, l'un de 2 ans, l'autre de 14. Robinet (2) dans sa thèse inaugurale note 53 otites sur 712 rougeoleux, mais deux fois seulement, dit-il, il y eut perforation du tympan, 601 malades sont passés au pavillon de la rougeole en 1903 et on a relevé 58 otites, soit une proportion de 9,8 o/o. Ce pourcentage est un peu inférieur à celui indiqué en général et qui est de 11o/o ; il est également moins élevé que ceux des docteurs Variot et Lemarc'Hadour qui, tous deux,

1. Cordier: Thèse de Paris, 1875. *Otite de la rougeole.*

2. Robinet: *La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant l'année 1901* (Thèse de Paris, 1901).

donnent un chiffre supérieur à 10 o/o. Cette légère différence est peut-être due à ce que nous nous sommes borné à relever les otites avec perforation de la membrane du tympan.

De ces otites, 24 siégeaient à gauche, 14 à droite. Nous retrouvons là cette prédominance d'accidents auriculaires et de leurs complications à gauche, signalée par tous les auteurs dans toutes les affections de l'oreille, quelle que soit leur nature, et nous n'entreprendrons pas plus qu'eux d'en expliquer la cause. Vingt fois l'otite a été double. C'est là un chiffre relativement élevé. En 1901 au pavillon de la rougeole, la proportion ne fut que d'un quart d'otites doubles pour 3/4 d'unilatérales.

Quant à la date d'apparition des otites, nous la relatons simplement ci-dessous :

Otites survenues avant l'entrée des malades dans le service, 3.
Otites survenues après l'entrée, 55.

Du 1er au 5e jour, 19.
Du 5 au 10, — 14.
Du 10 au 15, — 15.
Du 15 au 20, — 3.
Au delà, — 4.

Plus loin, au cours de notre étude, nous nous efforcerons de dégager la philosophie de ces faits.

Relativement à l'âge des enfants atteints d'otite, rappelons les recherches de Cordier. « Il est à remarquer, dit-il, que tous les enfants étaient au moins dans leur deuxième année et qu'à partir de cette

époque, l'otite moyenne est loin d'être aussi fréquente. Robinet note 10 enfants sur 58 au-dessous de 2 ans. Notre statistique est la suivante :

De 0 à 1 an	6.
De 1 à 2,	26.
De 2 à 3,	16.
De 3 à 4,	6.
De 4 à 5,	4.
De 5 à 6,	1.

Ce tableau n'a pas une valeur absolue. Nous pourrions tenter cependant, en faisant ressortir la plus grande fréquence de l'otite chez les enfants jeunes, de trouver une explication de cette prédilection de l'otite pour le jeune âge. Nous savons, en effet, que les jeunes enfants ne mouchent pas. Ils nettoient moins bien leur naso-pharynx que les enfants plus âgés et sont plus disposés de ce fait à une stagnation septique au voisinage de la trompe et à l'infection de l'oreille moyenne. La susceptibilité spéciale de la caisse chez les enfants en bas-âge est un fait que nous connaissons actuellement grâce aux belles recherches de Veillard (1).

Ces otites de la rougeole, dont nous venons de résumer les caractères principaux, n'ont pas malheureusement été revues à leur sortie du pavillon. Nous

1. Veillard : *Contribution à l'étude des otites du nouveau-né et du nourrisson, et en particulier des états spéciaux de l'oreille que l'on trouve à l'autopsie*. Thèse de Paris, année scolaire, 1898-99.

ne pouvons donc établir aucune statistique sur la terminaison ultérieure de ces affections auriculaires. Nous ignorons dans combien de cas les oreilles ont été définitivement compromises et dans combien de cas la suppuration a persisté et passé à la chronicité. Aussi ne pouvons-nous que rappeler que l'otite de la rougeole est de celles qui laissent après elles des traces indélébiles, et que, quand elle touche de jeunes sujets, elle peut amener une diminution de la fonction auditive, telle que cette affection a été décrite comme une des causes les plus fréquentes de la surdi-mutité.

Au cours de l'épidémie de rougeole de 1903, aucune des otites relevées n'a entraîné la nécessité d'une intervention chirurgicale. Souvent cependant cette affection amène l'infection de l'antre mastoïdien. Nos otites n'ont pas présenté d'extension semblable.

Les allures générales de l'otite pendant l'année 1903, ainsi posées schématiquement, nous allons tenter d'étudier les rapports de cette complication avec les autres symptômes de la rougeole. Dans le but de rendre plus nette cette étude, il nous a paru utile de diviser les otites en quatre catégories, où nous nous sommes efforcé de rechercher l'influence exercée sur l'otite par les symptômes les plus bruyants de l'affection, c'est-à-dire l'éruption et les complications gutturales.

Première Catégorie

Otites antérieures à l'éruption.

« J'ai vu avec Watelet, dit le professeur Dieulafoy (1), un jeune enfant chez lequel l'otite tint notre diagnostic en suspens et précéda l'éruption morbilleuse ».

Or, dans notre statistique, nous relevons trois cas d'otites qui se sont manifestées quelques jours avant l'entrée des enfants au pavillon et avant l'apparition de toute éruption. Chez les trois malades l'otite était double.

Ce fait prouve que l'infection de l'oreille était antérieure à la rougeole cliniquement avérée, c'est-à-dire à l'éruption. Ces otites sont, au contraire, en rapport avec l'infection primitive, essentielle de l'affection, celle du rhino-pharynx, avec le coryza qui domine la scène au début et précède de plusieurs jours la symptomatologie bruyante de l'exanthème rougeoleux. Dans la suite, nous verrons un grand nombre d'otites se montrer après la disparition de l'exanthème et se manifester sous l'influence du même catarrhe naso-pharyngien qui, si il est le *primum moveus* de l'affection qui nous occupe, est aussi l'*ultimum moricus* de la rougeole.

1. Dieulafoy : *Manuel de pathologie interne.*

Deuxième Catégorie

Otites survenant au cours de l'éruption, mais pas d'angine.

A côté de cette première série d'otites, que nous définirons otites prématurées, nous trouvons un groupe de 11 cas où l'infection de l'oreille s'est manifestée en pleine période éruptive ou au décours de cette période. Huit de ces malades présentent une otite unilatérale, trois une otite bilatérale.

Deux fois seulement l'éruption est notée comme ayant une intensité particulière. En voici un exemple :

OBSERVATION

Lucienne B..., âgée de 18 mois, entre au pavillon le 3 juin.

Née à terme, élevée au sein maternel, ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier.

A son entrée, on note :

Température : 39° 5.

Belle éruption généralisée confluente sur le tronc et la face.

Catarrhe oculo-nasal abondant.

Examen de la gorge : négatif.

Auscultation du poumon : négative.

6 juin. — Température normale.

Catarrhe oculo-nasal toujours prononcé.

Eruption moins confluente mais encore assez marquée.

Gorge et poumons : rien.

7 juin. — Eruption en voie de disparition.

Le catarrhe oculo-nasal persite quoique moins abondant.

Toujours rien à la gorge et aux poumons.

La température atteint 39°.

Aucune complication gastro-intestinale.

8 juin. — Ecoulement par l'oreille gauche et chute de la température.

Dans les 9 autres cas de cette catégorie, il n'a été relevé qu'une éruption banale et dans l'observation précédente, nous ferons remarquer que l'éruption, malgré son intensité, est déjà en partie effacée au moment de l'apparition de l'otite, tandis que persiste le catarrhe oculo-nasal. Il ne semble donc pas qu'il y ait un rapport quelconque entre l'intensité de l'exanthème et l'infection auriculaire. Trois de nos malades, avons-nous dit, ont eu une otite double, mais l'un deux est un syphilitique héréditaire et un rachitique et l'infection massive des deux oreilles paraît plus en rapport avec le mauvais état général du sujet qu'avec la gravité de l'affection rubéolique elle-même, ainsi que le montre l'observation suivante :

OBSERVATION

Georgette P..., 16 mois.

Antécédents héréditaires. — Père; 29 ans, buveur.

Mère : bien portante, une fausse couche de 3 mois.

Antécédents collatéraux. — Deux frères élevés au biberon sont morts, l'un d'un embarras gastrique à trois semaines, l'autre de congestion pulmonaire à un mois.

Antécédents personnels. — Née à terme, élevée au biberon jusqu'à un an. Depuis prend 1/2 litre de lait ordinaire par jour, du tapioca et des panades.

Elle a eu sa première dent à dix mois et ne marche pas encore.

Très amaigrie, elle présente des signes de rachitisme sur le fémur et un chapelet costal assez marqué, ainsi qu'une gomme ulcérée sur le bras gauche.

A son entrée, le 7 février 1903 :

On constate sur la face, le tronc et à la racine des cuisses, une éruption peu marquée.

Le catarrhe oculo-nasal est peu prononcé.

La gorge ne présente rien de particulier.

L'auscultation des poumons fait percevoir des râles fins et du souffle surtout à droite et en arrière.

La température est à 39°5.

L'enfant porte en outre sur la peau différentes lésions spécifiques cicatrisées ou en évolution. On note surtout des plaques

ulcérées du bord de l'oreille à gauche et des plaques mucoïdes isolant la partie moyenne de la lèvre supérieure.

L'éruption ne dure que deux jours ; la gorge demeure intacte et la broncho-pneumonie évoluant, la température reste au voisinage de 40°, jusqu'au cinquième jour.

A ce moment les deux oreilles commencent à couler. Le pus est très fétide,

En quelques jours la broncho-pneumonie évolue vers la guérison et la température tombe peu à peu à la normale.

L'examen otoscopique pratiqué le 16 février montre une perforation antéro-inférieure et suffisante des deux côtés. Le pus est très fétide et l'écoulement persiste à la sortie de l'enfant le 28 février.

Dans toute cette série d'otites le cycle thermique a été nettement influencé par l'évolution de la complication auriculaire. Dans l'infection de l'oreille, en effet, la température atteint parfois 40°, et dans tous les cas l'otite est précédée d'une élévation thermique de 1° à 1° 1/2.

Troisième Catégorie

Concomitance d'angine et d'otite.

Chez 18 de nos rougeoleux, nous avons constaté la concomitance d'angine et d'otite. Y a-t-il un rapport entre ces deux complications et si l'exan-

thème paraît ne jouer aucun rôle dans les complications auriculaires, allons-nous trouver ici, comme dans la scarlatine, une influence très nette du processus guttural sur les complications du côté de la caisse ? Dans 14 de ces cas, l'angine et l'otite évoluent parallèlement, tout au moins au point de vue chronologique, et on les voit se manifester à la même date. Trois fois nous relevons une otite double, onze fois des otites unilatérales. Dans cinq de ces dernières l'angine est très légère ; dans un cas cependant on note un léger exsudat. Il nous reste donc neuf malades chez lesquels l'angine a été notée comme sérieuse et deux fois avec de l'exsudat. Mais si l'intensité de l'angine a été variable chez ces enfants, un symptôme a toujours été vu au premier plan : l'intensité du catarrhe oculo-nasal.

Les trois otites doubles de cette série qui semblent indiquer une infection plus intense de l'oreille répondent à 3 cas où le catarrhe oculo-nasal a été particulièrement abondant. Dans l'une de ces observations on a même noté des érosions nasales :

OBSERVATION

Félicie B...., 2 ans 1/2, entre au pavillon le 28 octobre.

Née à terme, élevée au sein maternel jusqu'à 15 mois, elle ne présente rien de particulier au point de vue des antécédents héréditaires et personnels.

A son entrée on note :

Température 40°.

Catarrhe oculo-nasal intense.

Erosions nasales.

Belle éruption.

Gorge rouge.

Poumons : Auscultation négative.

30 octobre. — L'éruption s'efface.

La gorge est encore rouge.

Le catarrhe oculo-nasal est abondant.

Poumons ; rien.

31 octobre. — Gorge un peu rouge.

Le catarrhe oculo-nasal persiste.

Le soir la température fait une ascension plus considérable que la veille.

1er novembre. — Ecoulement par l'oreille droite et chute de la température à la normale.

Convalescence.

8 novembre. — La gorge est intacte.

L'auscultation ne décèle aucun râle aux poumons, mais le soir la température monte à 38°9.

L'écoulement de l'oreille droite persiste.

9 novembre. — Chute de la température et écoulement par l'oreille gauche.

Nous rangeons dans une série spéciale les 4 cas qui complètent notre troisième catégorie. Nous y avons noté des angines prolongées avec otite, et chez ces quatre petits malades encore, les angines étaient quelconques, mais le catarrhe oculo-nasal intense. Pour l'un d'eux, si la feuille de clinique porte la rubrique : « gorge très rouge », elle porte aussi l'indication très précise : « catarrhe oculo-nasal très prononcé ».

OBSERVATION

Antoine P..., âgé de 11 mois, entre dans le service le 4 avril 1903.

Né à terme et élevé au biberon, ses antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien d'intéressant.

A son entrée on note :

Température : 40°.

Belle éruption.

Catarrhe oculo-nasal très prononcé.

Gorge très rouge sans exsudat.

Poumons : rien.

5 avril. — Gorge très rouge.

Catarrhe oculo-nasal abondant.

9 avril. — Gorge encore un peu rouge.

Le catarrhe oculo-nasal persiste encore assez abondant.

La température qui depuis trois jours était tombée à la normale atteint le soir même 40°5.

10 avril. — On constate un écoulement abondant par les deux oreilles. La température tend à regagner la normale.

A sa sortie, le 24 avril, l'enfant présente encore un écoulement assez abondant des deux oreilles.

Ainsi donc, dans dix-huit cas seulement sur cinquante-huit, nous notons la concomitance de ces deux symptômes : angine et otite, comme nous l'avons

fait ressortir, ce ne sont point les angines les plus intenses qui coïncident avec ces otites ; ce sont le plus souvent des angines sans gravité spéciale qui semblent être un symptôme de deuxième plan, tandis que le catarrhe oculo-nasal a, dans tous les cas, particulièrement attiré l'attention des observateurs. Il est impossible de retrouver ici le rapport étroit que les docteurs Variot et Lemarc'Hadour (1) à propos de la scarlatine, ont signalé entre l'angine et sa gravité et la sévérité de l'affection auriculaire. Leur aphorisme essentiel « angine grave, otite grave ; otite grave angine grave » ne saurait être retrouvé ici. L'angine a tout juste l'allure d'un épiphénomène de la même valeur que l'otite. Elle est une complication au même titre qu'elle, mais elle n'en semble pas la cause première et l'agent essentiel. Retenons ce fait que nous a souligné le groupe que nous venons d'examiner : la coïncidence de l'otite avec le catarrhe oculo-nasal particulièrement marqué, et voyons si la quatrième catégorie, qui comporte le plus grand nombre d'otites, 26, c'est-à-dire presque la moitié, nous permettra de tirer des conclusions.

Quatrième Catégorie

Otites survenant après la disparition de l'exanthème. Pas d'angine.

De même que dans les otites de la scarlatine, les

1. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, du 8 mai 1902.

docteurs Variot et Lemarc'Hadour avaient noté un pourcentage notable d'otites tardives évoluant selon leur expression « plutôt à propos de la scarlatine qu'au cours même de cette affection », nous avons noté chez nos rougeoleux 26 otites tardives, dont quelques-unes se sont manifestées du trentième au quarantième jour après le début de la fièvre éruptive, en dehors de toute manifestation rubéolique, angine ou éruption.

OBSERVATION I

Julienne B..., âgée de 28 mois, entre dans le service le 13 mai 1903.

Née à terme, élevée au sein maternel elle a eu la coqueluche à l'âge de 15 mois.

A son entrée, on note :

Température : 40°.

Eruption confluente, surtout sur le tronc.

Catarrhe oculo-nasal très marqué.

Gorge : rien.

Poumons. Auscultation négative.

16 mai. — La température est normale.

La gorge est intacte.

Le catarrhe oculo-nasal est encore abondant.

L'éruption est en voie de disparition.

18 mai. — Convalescence régulière.

5 juin. — C'est-à-dire 21 jours après le début de l'affection, alors que tout est rentré dans l'ordre, que l'exanthème a disparu depuis longtemps déjà et que la gorge est toujours demeu-

rée intacte, on constate une ascension de la température à 38°5, de la douleur au niveau de l'oreille gauche.

6 juin. — Ecoulement par l'oreille gauche.

Diminution de la douleur consécutive à cet écoulement et chute de la température.

OBSERVATION II

Delphine R..., âgée de 16 mois, entre dans le service le 9 juillet 1903.

Les antécédents héréditaires et personnels n'offrent rien de particulier.

A son entrée, on constate :

Un catarrhe oculo-nasal abondant.

Une éruption normale.

Une gorge intacte.

L'auscultation décèle des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons, mais un peu plus fins à la partie moyenne du poumon droit.

La température est à 40°.

12 juillet. — La température est normale.

La gorge est toujours intacte.

Le catarrhe oculo-nasal persiste.

L'auscultation du poumon fait encore percevoir quelques râles de bronchite.

Les jours suivants la température demeure toujours normale et les râles de bronchite finissent par disparaître complétement, lorsque, le 2 août, la température atteint 39°5.

La gorge, les poumons et le tube digestif ne présentent rien de particulier.

3 août. — Ecoulement par l'oreille gauche et chute de la température.

Nous nous bornerons à la citation de ces deux observations, car leur énumération totale serait sans grand intérêt.

Lasègue, dans son livre sur les angines, avait déjà fait ressortir la longue durée de l'infection rhino-pharyngienne, longue durée qui répond à l'intensité de son début. Or, nous trouvons dans nos observations le catarrhe oculo-nasal toujours situé au premier plan comme dans les catégories précédentes.

Pour les otites de la scarlatine, on voit souvent un retour offensif d'angine secondaire précéder les otites tardives. Dans d'autres cas, on ne peut accuser comme cause étiologique que la déchéance organique entraînée par l'épreuve d'une affection brutale.

Pour les otites de la rougeole, nous pouvons avec Lasègue (1) faire intervenir nettement la longue durée de l'infection dans le carrefour pharyngien où viennent s'ouvrir les trompes d'Eustache. Ce que Lasègue avait entrevu au jour de la clinique simple et de l'observation, nous pouvons aujourd'hui le constater avec un appui nouveau, en nous aidant des lumières de la bactériologie. Nous savons combien de temps le bacille diphtérique survit à la cessation de la symptomatologie clinique de la diphtérie. Pendant plusieurs mois souvent, pendant plu-

1. Lasègue. *Traité des angines.*

sieurs semaines toujours, le Lœffler est décelable dans l'amygdale qui a été infectée. Longtemps après la rougeole, le nez présente encore un catarrhe objectivement facile à constater, dans lequel on peut retrouver à la culture du streptocoque et staphylocoque associés au bacille de Lœffler court ou moyen.

L'examen attentif des faits cliniques nous conduit donc à conclure logiquement après avoir étudié les otites dans leur rapport avec l'angine et avec l'exanthème, que ces différentes manifestations de la rougeole sont sans étroit rapport entre elles, et que c'est l'infection rhino-pharingée qui régit l'otite.

Des études ultérieures permettront peut-être de constater un rapport intime entre ce symptôme cardinal, le cycle thermique et la gravité de l'angine. Comme il a été fait pour l'angine de la scarlatine, et s'il n'était pas trop ambitieux de terminer par cet aphorisme notre modeste étude, nous voudrions dire : La scarlatine c'est l'angine scarlatineuse ; la rougeole c'est le catarrhe naso-pharyngien.

CONCLUSIONS

Les angines de la rougeole, généralement bénignes, sont assez fréquentes. Leur intensité varie en raison directe du catarrhe oculo-nasal et n'offre aucun rapport avec l'exanthème.

Les stomatites ne sont pas la conséquence d'une pharyngite postérieure et il existe un certain parallélisme entre leur intensité et celle de l'infection du rhino-pharynx, mais non celle de l'éruption.

L'otite est sous la dépendance du catarrhe oculo-nasal et n'est influencée ni par l'exanthème ni par l'angine.

Vu : le Président de la thèse,

DÉJERINE

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Bellau. — Angine pseudo-membraneuse secondaire de la syphilis. Thèse de Paris, année scolaire, 1901-1902.

Cordier. — L'Otite de la rougeole. Thèse de Paris, 1875.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 11e édition.

Escat. — Maladies du pharynx.

Garnier et Delamare. — Dictionnaire des termes techniques de médecine.

Grancher. — Traité de médecine Gilbert-Brouardel, Rougeole.

Guinon. — Traité de médecine Charcot-Bouchard-Brissaud. Rougeole.

Lasègue. — Traité des angines.

Lermoyez. — Semaine médicale, 1894.

Robinet. — La rougeole à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1901. Thèse de Paris, 1901.

Sanné. — Dictionnaire Dechambre : article Rougeole.

Simonin. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 20 mars 1902.

Variot et Lemarc'Hadour. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris du 8 mai 1902.

Variot. — Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris du 4 juin 1903.

Variot. — Gazette des hôpitaux du jeudi 14 janvier 1904.

Veillard. — Contribution à l'étude des otites du nouveau-né et du nourrisson, et en particulier, des états spéciaux de l'oreille moyenne que l'on trouve à l'autopsie. Thèse de Paris, 1898-99.

Imprimerie de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris.

122

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Publications de l'auteur.

Synthèse des 3. Propylisochinolin: Berlin, 1896.

3. Propylisochinolin. *Ber. d. d. chem. Ges.* XXIX, 2.397.

Sur un produit de dédoublement de l'albumine.

Comptes rendus de l'Académie des sciences 1898. CXXVII, 121.

Nouvelle méthode de dosage de l'acide oxalique dans les urines, les aliments, etc.

Comptes rendus de l'Académie des sciences 1903. CXXXVI, 1681.

Cent vingt exercices de Chimie pratique par Armand Gautier et J. Albahary. Paris, 1899 (Masson et Cie).

Méthode simple et rapide d'analyse d'une fonte de nickel, séparation, etc.

Revue de chimie analytique, V, 102 (1897).